

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 40

VALEUR THÉRAPEUTIQUE
DE
L'ABCÈS DE FIXATION
DANS LES MALADIES BRONCHO-PULMONAIRES AIGÜES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Juillet 1909

PAR
Jordan DETSCHEFF

Né le 24 Décembre 1880, à Sliven (Bulgarie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 40

VALEUR THÉRAPEUTIQUE
DE
L'ABCÈS DE FIXATION
DANS LES MALADIES BRONCHO-PULMONAIRES AIGÜES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Juillet 1909

PAR

Jordan DETSCHEFF

Né le 24 Décembre 1880, à Sliven (Bulgarie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, *Président* ; PATEL, *Assesseur* ;
MM. VORON et BÉRIEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE, DE MA MÈRE
ET
A CELLE DE MON FRÈRE

Regrets éternels.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

*Qui m'ont témoigné de l'affection
ou porté de l'intérêt.
Qu'ils veuillent bien se reconnaître
dans ces lignes.*

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur de Thérapeutique,
Médecin des Hôpitaux.

*Nous garderons un souvenir précieux
de son enseignement magistral et de
la bienveillance avec laquelle il nous
reçut dans son service. Il a bien voulu
nous confier le sujet de cette thèse.
Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous fait en la présidant.*

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DE

L'ABCÈS DE FIXATION

Dans les maladies broncho-pulmonaires aiguës

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis longtemps des médecins avaient remarqué que certaines maladies générales graves, septicémiques ou pyohémiques subissaient une amélioration notable de leurs symptômes lorsqu'apparaissaient des collections purulentes auxquelles avait été attribué le nom d'abcès critiques.

Vers 1860 Sufferman, Métivier, puis Hervieux, dans l'infection puerpérale, plus près de nous, en 1880 Sentex, dans la fièvre typhoïde, considéraient l'apparition de ces abcès comme signe favorable à la guérison.

De nos jours, M. le professeur Bouchard a montré que ces abcès se produisaient seulement chez des animaux légèrement infectés. Toutes les fois que l'inoculation était très virulente ou l'immunité très affaiblie la réaction ne se produisait pas ou bien la mort survenait.

Le premier, le professeur Fochier eut l'idée de produire ces abcès artificiellement, ce qui devint plus tard la méthode qui porte aujourd'hui son nom. Croyant que l'infection d'abord généralisée était pour ainsi dire plus tard attirée et localisée au niveau de la collection purulente, il les avait appelés des abcès de fixation.

Donc, au lieu d'attendre l'apparition de ces suppurations naturelles dans les états infectieux on peut les provoquer artificiellement en un point choisi à l'avance où la lésion locale n'entraînera aucun inconvénient. A la suite de cette suppuration on voyait l'état du malade s'améliorer et l'infection disparaître ou s'atténuer.

En 1891, il communiqua un mémoire à la Société des Sciences médicales de Lyon sur sa nouvelle méthode de traitement « des infections pyogènes généralisées ».

« Dans toute infection pyogène grave, lorsqu'il n'y a pas de suppuration en voie de formation, lorsqu'il n'y a pas de fixation, ou lorsque la fixation n'est pas en rapport avec la gravité de l'état général, ou lorsque le traitement local a supprimé ou diminué la lésion initiale et que l'état général persiste, ou même peut-être lorsque la fixation est à son début et occupe un point où la suppuration peut présenter des dangers, dans tous ces cas il faut provoquer la formation artificielle d'abcès, à l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. »

Mais il ajoute en même temps que certaines maladies, qui n'ont aucune tendance à la suppuration, peuvent devenir dans certaines circonstances justiciables

de cette méthode, comme par exemple : la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, la broncho-pneumonie, etc. Depuis cette époque, les abcès sont employés systématiquement dans l'infection puerpérale ; les résultats viennent d'en être indiqués dans la thèse récente de Voiturier. Mais on les préconise également dans les différentes septicémies dans les infections et dans toutes les maladies graves à allure infectieuse, en particulier dans les affections graves de l'appareil broncho-pulmonaire. C'est uniquement les résultats que l'on peut en espérer dans ce dernier cas, que nous voulons envisager ici.

En effet, cette méthode appliquée tout d'abord, dans plusieurs cas de pneumonies graves a provoqué une discussion très animée et une série de publications où les auteurs donnaient des appréciations très différentes tant sur le mode d'action, que sur la valeur des injections térébenthinées.

En février 1892, M. le professeur Lépine publiait dans la *Semaine médicale*, le premier essai de la méthode de Fochier, dans un cas de pneumonie grave en imminence de suppuration. Cet homme était arrivé au douzième jour de sa maladie et malgré les médications mises en usage, la mort semblait certaine. Le malade dont la température dépassait 40 degrés avec 68 respirations par minute était en proie au délire et à l'adynamie ; ses crachats devenaient franchement purulents. Tout le poumon droit était envahi et le gauche fortement congestionné, avec bronchite concomitante.

Dans ces conditions à peu près désespérées on pratique aux quatre membres sous la peau une injection

de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine. Quatre phlegmons ont suivi, mais l'amélioration du malade était fort manifeste et la guérison était complète le jour même où on incisa les phlegmons.

Quelque jours après l'article de M. Lépine, M. le professeur Dieulafoy publie dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, une observation concernant une pneumonie suppurée guérie par l'abcès de fixation. C'était une femme atteinte d'une double localisation broncho-pulmonaire, d'origine grippale, à forme ataxo-arythmique et arrivant à la période de suppuration. Cette malade, dont l'état semblait désespéré, s'est rapidement améliorée et a guéri sous l'influence de quatre phlegmons provoqués par les quatre injections térébenthinées.

La même année et dans la même revue nous trouvons quatre observations de Guigeot, deux de Netter et une de Rendu, toutes concernant des pneumonies traitées avec succès par la même méthode.

En 1892, M. le professeur Bard publie un succès dans le *Lyon Médical* et ajoute: « Pour ma part, j'ai observé, dans le cours de l'épidémie de pneumonies si graves de cet hiver, qui se sont terminées par la mort dans des conditions tout à fait identiques et le fait que je publie aujourd'hui me laisse le regret de n'avoir pas tenté à cette époque le même moyen. »

La même année, Raoul publia dans la *Revue générale clinique et thérapeutique* un cas où il fait deux injections d'essence de térébenthine au moment où la situation paraissait devoir amener un résultat fatal, et le lendemain il y avait une grande amélioration qui a

persisté jusqu'à la guérison. Franc guérit une pneumonie très grave chez une femme de soixante-sept ans et publie le résultat dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (1892).

Puis viennent les observations de M. le professeur Mossé, publiées dans le *Midi Médical* et celle d'Olivier dans la *Normandie Médicale* où il s'agissait d'une pneumonie très grave au huitième jour, délire depuis trois jours. Les injections térébenthinées amenèrent une guérison rapide.

Mais la méthode échouait entre les mains de MM. Chantemesse et Marie d'une part et Rendu d'autre part. Cas publiés dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (1892).

Les premiers signalent huit décès sur huit cas traités, le dernier, trois décès sur trois cas. Il est vrai que les malades de M. Rendu étaient déjà dans le collapsus et que ceux de MM. Chantemesse et Marie étaient des vieillards, chez lesquels la pneumonie a toujours une gravité exceptionnelle et qui surtout réagissent peu sous l'influence des injections.

En 1892, Spillmann publie aussi dans la *Revue médicale de l'Est* des cas peu favorables.

Le Dr Lardier cite un cas intéressant dans le *Bulletin médical des Vosges* (1892). Son malade était arrivé au neuvième jour d'une pneumonie, lorsque se produisirent des symptômes d'hépatite et de méningite. Une injection de térébenthine produit un abcès en même temps que la cessation de tous les symptômes alarmants. Mais quelques jours après, l'affection reprit le dessus et emporta le malade. L'auteur aurait voulu

créer de nouveaux abcès de fixation qui, dit-il, auraient peut-être sauvé le malade, mais il se serait heurté à un refus formel de la famille.

Revilliod publie, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* 1892, trois cas de pneumonie traités par les injections térébenthinées. Il est d'avis que ces trois malades ont réellement échappé à l'hépatisation grise, grâce à la formation de volumineuses collections purulentes provoquées par ces injections.

Mercandino (en Italie), essaye la méthode de Fochier en 1892.

En 1893 paraît la thèse de M. Bermann : traitement de la pneumonie par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, dans laquelle il conclut à l'efficacité des abcès artificiels.

M. Guillomont cite, dans sa thèse de 1893, trente pneumonies amenées à la guérison par la méthode de Fochier.

En 1894, le Dr Dutrenberg publie dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, dix cas de pneumonie amenés à la guérison par l'abcès de fixation. L'auteur conclut que l'abcès de Fochier agit par dérivation et fixation.

En 1895, Pinna relate une guérison de pneumonie très grave, par la méthode Fochier. Il émet l'hypothèse que l'abcès agit par immunisation.

En 1896, Branthome publie, dans la *Revue de médecine*, trois cas de pneumonie chez des vieillards, traités avec succès par les injections térébenthinées.

En 1898, paraît la thèse du Dr Senn, inspirée par le professeur Revilliod. L'auteur traite par l'abcès de

fixation plusieurs cas de pneumonie et il conclut que l'abcès de fixation agit par dérivation, révulsion et fixation.

En 1902, Carles de Bordeaux reprend l'étude générale des abcès de fixation, et résume les observations de pneumonie et broncho-pneumonie traitées par cette méthode jusqu'à cette époque.

En 1904, Fieux, dans la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, signale l'observation d'une femme hystérectomisée pour rupture spontanée de l'utérus au cours du travail et qui fit une pneumonie double très grave ensuite de couche ; celle-ci guérit merveilleusement grâce à trois injections successives d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine, bien que l'état de la malade fût tout à fait désespéré.

Hirigoyen, *Société Obstétricale de Bordeaux*, 9 mai 1905, a traité de même avec un succès complet une broncho-pneumonie grave, survenue au huitième mois de la grossesse.

Aux 16 cas déjà publiés en 1902 de pneumonies et de broncho-pneumonies graves traitées par les abcès de fixation, M. le professeur Arnozan ajoute, dans la *Province médicale* de 1905, cinq autres avec deux morts et trois guérisons. Ce qui rend ces résultats particulièrement remarquables, c'est que le traitement par les injections térébenthinées n'avait été institué qu'après échec de toutes les médications nouvelles et au moment où leur état était tout à fait désespéré.

Lemoine, *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 mars 1905, au cours d'une épidémie de grippe a eu recours aux abcès de fixation pour traiter quelques-uns de ces

malades atteints de catarrhe suffocant. Neuf d'entre eux traités par les moyens ordinaires : bains chauds, sangsues, etc., succombèrent ; à neuf autres on fit une injection d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine et sur ce nombre six guérirent, ce furent ceux auxquels il a fait les piqûres précoces ; elles avaient été tardives au contraire, chez les trois qui moururent. Il ne se développa chez ces derniers aucune réaction, tandis qu'elle a été très marquée chez les six malades qui revinrent à la santé.

Cette année, au cours d'un hiver rigoureux où les pneumonies et les broncho-pneumonies ont été particulièrement fréquentes, nous avons vu notre maître M. le professeur Pic, employer systématiquement les abcès de fixation dans les cas particulièrement graves. Nous avons été souvent frappés des résultats parfois inespérés obtenus avec cette méthode. Ce sont l'ensemble de ces résultats joints avec ceux des autres auteurs que nous voulons exposer ici.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE LA MÉTHODE

Les substances qui ont été employées pour produire un abcès de fixation sont très nombreuses. Fochier avait employé tout d'abord le sulfate de quinine intentionnellement acidifié au-delà des limites nécessaires à la solution complète. Mais il avait trouvé que le pus de ces abcès était le plus souvent en petite quantité, sans une réaction intense, arrivant tardivement. Ensuite il a essayé le nitrate d'argent, mais il a trouvé bientôt que ces injections présentaient les mêmes inconvénients que le sulfate de quinine. L'essence de lavande et le xylol ont été expérimentés sur des lapins, mais ils n'ont jamais été utilisés en clinique.

D'autres auteurs avaient recommandé l'acide phénique, l'oxyde jaune de mercure, etc.

Devant l'action incertaine du nitrate d'argent, il étudia l'action des cultures microbiennes, mais les résultats en furent encore moins satisfaisants. C'est en janvier 1891 qu'il trouva que l'essence de térébenthine était la seule substance qui remplit les conditions désirables pour la provocation des abcès artificiels.

Les auteurs recommandent une essence pure, asepti-

que, tout au moins bouillie. Toutes ces recommandations ne sont point indispensables.

Dans les Maternités de Lyon, on se contente d'injecter l'essence sans aucun essai de stérilisation. Malgré cela on n'observe aucun accident qui puisse tenir à ce défaut de stérilisation.

Dans leurs expériences sur les animaux, de Bary et Grawitz essayèrent de diluer leur essence avec de l'huile d'olives, mais dans ces conditions, le liquide injecté se résorba, le plus souvent, sans provoquer de suppuration.

Bauer, de Berne, mélangea l'essence avec de l'huile de croton à 1 pour 100 et pratiqua des injections sur des lapins. Des cinq injections qu'il fit (de 0,2 à 2 centimètres), trois ne provoquèrent aucune réaction locale, une donna lieu à une légère inflammation sans suppuration ; la dernière forma un abcès.

On peut conclure de ces expériences que l'addition à l'essence d'huile d'olives ou de croton, diminue de beaucoup ses propriétés pyogènes ; le mélange est plutôt nuisible qu'utile.

Pour provoquer l'abcès de fixation, on a besoin seulement d'une seringue de Pravaz bien propre et de l'essence de térébenthine.

On a fait ces injections un peu partout : aux cuisses, aux mollets, aux bras, sous la clavicule, à la pointe de l'omoplate, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, etc.

Le flanc et la région externe de la cuisse sont peut-être à préférer, en raison de la gêne moindre qu'entraînent ces injections en ces lieux. Ces

régions ont l'avantage de présenter à leur niveau un tissu cellulaire sous-cutané lâche, par conséquent la formation de l'abcès n'est pas très douloureuse et les malades peuvent garder le décubitus dorsal.

D'après Fochier, il faut provoquer l'abcès dans le voisinage de la lésion, pour obtenir une révulsion ou une dérivation capable d'amender l'état local, en même temps que par la pyogenèse on s'adressera à l'infection généralisée elle-même. La quantité d'essence de térébenthine à injecter est de 1 centimètre cube; en cas de réaction insuffisante, on peut renouveler l'injection au bout de douze à vingt-quatre heures.

D'autres auteurs, comme MM. Dieulafoy, Lépine, font d'emblée quatre injections de 1 centimètre cube chacune; d'autres enfin, n'emploient au contraire que 1/2 centimètre cube par jour.

Dans les cas graves, il faut répéter les injections jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réaction franche. L'injection n'est pas douloureuse et si la réaction se produit, elle s'annonce par la douleur qui apparaît de une heure à six heures après l'injection et par une suppuration locale. Dans le cas contraire, la térébenthine se résorbe sans produire aucune réaction.

Quelquefois cette douleur est très violente, empêche le sommeil et le malade ne se plaint que de son abcès. Si elle devient insupportable, on peut la calmer par une piqûre de morphine, à moins que l'état du malade ne la contre-indique. Mais dans la plupart des cas, elle est bien supportée par les malades.

On sent, au bout de quelques heures, à un ou deux jours après l'injection, une induration avec tuméfaction

nette au niveau de la piqure ; bientôt apparaissent de larges placards rougeâtres ou ecchymotiques capables, en vingt-quatre heures, de s'étendre à tout un segment de membre ; peu à peu cette tuméfaction diffuse d'emblée tend à se limiter, en même temps la douleur diminue ; en deux ou trois jours le pus se collecte. Un peu plus tard, la limitation devient plus exacte, le pus reste alors fort longtemps comme enkysté, n'ayant que peu de tendance à faire issue au dehors. Quelquefois, l'abcès peut évoluer sans bruit, tiède ou même froid, presque à l'insu du malade.

La forme du phlegmon circonscrit est la plus fréquente, l'abcès est saillant, bien collecté, nettement limité, du volume d'une mandarine ou d'une grosse orange.

Il ne faut jamais ouvrir l'abcès trop tôt ; s'il cause de la fièvre, de la douleur, ou s'il menace de percer spontanément, il faut l'ouvrir, mais il est absolument essentiel d'en provoquer un autre avant. Sans cela, on voit l'état du malade s'aggraver et l'emporter. Dans les cas ordinaires on ne doit pas ouvrir les abcès avant que le malade soit en pleine convalescence.

Les conditions d'antisepsie et d'asepsie sont rigoureusement nécessaires quand on provoque ou quand on incise les abcès de fixation ; il faut broser et savonner le point où doit porter l'incision et toute la région voisine, les laver minutieusement à l'éther, à l'alcool et au sublimé ; puis, l'opérateur lui-même doit se désinfecter rigoureusement les mains et n'utiliser que des instruments et des pansements aseptiques. En un mot, jusqu'au moment de sa cicatrisation complète,

l'abcès de fixation doit être traité comme une plaie aseptique. Toute faute contre les règles de l'antisepsie expose les sujets traités à perdre une partie de bénéfices obtenus par la pyogénèse artificielle.

Si, au cours de la convalescence, on remarque tout d'un coup une poussée fébrile, il s'agit seulement d'une infection légère du foyer de fixation mal protégé et mal pansé. Une expression complète de la poche purulente, au besoin un drainage de quelques heures, un abondant lavage avec une solution antiseptique, ont vite raison de cette petite complication passagère et la cicatrisation reprend son cours rapide et habituel.

Mais, si on n'y prend garde, cet ensemencement microbien peut être le point de départ d'une suppuration interminable. M. le professeur Arnozan insiste particulièrement sur ce point : « on en a souvent conclu que les abcès de fixation étaient une mauvaise méthode ; en réalité, elle ne risque de devenir telle que par la négligence et l'incurie du médecin qui les a provoqué. Il nous a été donné, à plusieurs reprises, de voir quelques-uns de nos confrères provoquer, inciser et panser des abcès de fixation, sans aucune précaution. A quoi bon, pensaient-ils, faire de l'asepsie pour traiter des foyers purulents. Une telle erreur ne peut venir que de la méconnaissance absolue de la méthode de Fochier et de l'ignorance de la stérilité habituelle des abcès térébenthinés ».

Le pus de ces abcès est épais, jaunâtre, abondant, et la quantité varie de 50 à 500 grammes environ. Ce pus est ordinairement stérile et sent l'essence de térébenthine. L'expérimentation a permis de démontrer qu'il

est aussi un mauvais milieu de culture. Gravitz et de Bary ont démontré que les microbes qu'on y ense-
mence périssent. Mosso et Eichel ont démontré que le
pus térébenthiné ne se putréfie pas.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE DES ABCÈS DE FIXATION

A. Quelles sont les affections broncho-pulmonaires aiguës où les abcès de fixation sont indiqués. — Nous avons déjà dit, en passant, que le professeur Fochier, en parlant de sa méthode, avait indiqué, entre autres maladies, la pneumonie et la broncho-pneumonie, dans lesquelles on ne voit pas ordinairement de tendance de suppuration, mais qui, dans certaines circonstances, deviennent une infection pyogène généralisée.

C'est M. le professeur Dieulafoy qui a essayé pour la première fois (février 1892) avec succès les injections térébenthinées dans une pneumonie grippale suppurée.

Le 25 février, la même année, M. le professeur Lépine a appliqué la méthode sur un malade atteint d'une pneumonie très grave.

A partir de ce moment, les abcès de fixation ont été appliqués un peu partout, dans toutes les affections broncho-pulmonaires aiguës, par MM. Bard, Raoul, Chantemesse, Rendu, Olivier, Spillmann, Mossé, Revillod, Branthome, Arnozan et notre maître, M. le

professeur Pic, dont nous publions les résultats dans notre travail.

Les abcès de fixation sont indiqués et ont été pratiqués dans tous les cas de pneumonie ou broncho-pneumonie graves, que cette gravité tienne au terrain : malades affaiblis, alcooliques ; au passage du pneumocoque dans le sang, septicémie pneumococcique ; à l'âge même des malades, pneumonie et broncho-pneumonie des vieillards.

La pneumonie, ordinairement bénigne chez l'enfant, est grave chez l'adulte, lorsque son organisme est affaibli par une maladie antérieure, un accouchement ou l'alcoolisme.

Dans ces cas, lorsque l'état général est d'emblée très grave indépendamment des médicaments toniques et de la surveillance du myocarde, on est toujours autorisé à pratiquer un abcès de fixation.

Lorsque la pneumonie prend d'emblée les allures d'une septicémie ou lorsque cette septicémie pneumococcique est consécutive, soit à une pneumonie ordinaire, soit à de simples congestions pulmonaires comme dans les différents cas étudiés par MM. Pic et Bonnamour, malgré la gravité à peu près fatale de ces accidents, le premier traitement à essayer pour enrayer l'infection sera pratiquer un abcès de fixation.

Lorsque au cours d'une pneumonie à allure franche, au début, on a des raisons de redouter le passage à l'hépatisation grise, par suite de la recrudescence de la fièvre, de l'augmentation de la douleur et surtout de l'apparition des crachats rouillés, pour tâcher d'arrêter ce processus suppuratif et ses conséquences, on pourra

essayer, quelquefois utilement, la méthode de Fochier

Enfin, on sait la gravité incontestable des affections broncho-pulmonaires aiguës — pneumonie ou broncho-pneumonie — chez les vieillards. Elles surviennent au moindre froid, revêtent souvent les allures d'une véritable épidémie dans les asiles des vieillards, sont souvent insidieuses, et comportent presque toujours un pronostic fatal. C'est, croyons-nous dans ces cas contrairement à certains auteurs qui avaient prétendu que l'âge était une contre-indication, que l'abcès de fixation rendra des services et permettra parfois des guérisons inattendues.

M. Bale a présenté une statistique de 55 pour 100 de mortalité. Les auteurs ont appliqué avec succès la méthode dans cette forme de pneumonie.

Dans une communication faite le 17 février 1905, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, M. le professeur Lemoine a rappelé l'attention sur les bons résultats obtenus dans le traitement des broncho-pneumonies grippales graves par l'emploi de l'abcès de fixation.

En même temps, MM. Rendu, Spillmann, Mossé, Arnozan, Pic et d'autres ont appliqué les injections térébenthinées dans les broncho-pneumonies graves. Dans ces cas, immédiatement et pernicieusement graves, on peut attendre des résultats inespérés des abcès de fixation.

La broncho-pneumonie est une affection très grave. L'âge joue une très grande importance dans son évolution : au-dessous de trois ans la mortalité serait en bloc des trois quarts ; chez l'adulte, la maladie est moins

meurtrière ; enfin chez le vieillard, la gravité est extrême ; la guérison est toujours lente et souvent entravée par des rechutes.

Dans cette maladie nous réservons les injections térébenthinées aux seuls cas très graves, étendus et diffus, à forme de catarrhe suffocant avec état infectieux intense, caractérisé par le délire ataxo-adynamique.

MM. les professeurs Arnoz et Mossé ont essayé la méthode dans la congestion pulmonaire, mais n'ont pas obtenu de bons résultats.

En résumé :

1° Quand les maladies broncho-pulmonaires aiguës sont en imminence de suppuration, elles deviennent justiciables du traitement par les injections de térébenthine ;

2° Quand il y a menace de suppuration ou quand la suppuration s'est déjà déclarée, les symptômes que présente la maladie peuvent nous indiquer s'il faut recourir à la méthode de Fochier.

3° Toutes les fois que les malades présentent un état très grave, avec hyperthémie, dyspnée, abattement, parfois du délire et que la défervescence ne se produit pas, même aux limites les plus reculées, c'est-à-dire au delà du huitième jour. Toutes les fois que les symptômes énumérés plus haut s'accroissent de plus en plus avec un pouls très petit et accéléré, la langue rôtie, le ventre ballonné, l'apparition de la diarrhée et des sueurs visqueuses, il faut toujours recourir aux injections térébenthinées.

Il est certainement très difficile d'indiquer précisément le moment où il faut intervenir, mais l'apparition

des symptômes graves que nous avons énumérés plus haut et l'appréciation personnelle du médecin sont suffisantes pour justifier le traitement par les injections térébenthinées.

Un point des plus importants, c'est de ne pas intervenir trop tard. Il nous suffit à ce sujet de citer l'opinion de M. le professeur Mossé, de Toulouse ; « Les injections térébenthinées n'agissent pas seulement par l'inflammation qu'elles déterminent ; il faut que cette inflammation arrive à la suppuration, à l'abcès. S'il ne se produit pas de pus, le pronostic est presque toujours fatal. Il faut donc ne pas agir trop tard, car la transformation du phlegmon en abcès exige un certain temps. D'ailleurs si on tarde trop, l'organisme pourrait ne plus réagir, la mise en œuvre de la méthode serait inutile. »

B. Quel sont les cas où les injections térébenthinées sont contre-indiquées. — Nous avons déjà remarqué que les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine sont absolument inoffensives.

Dans ses expériences sur des lapins, M. Chantemesse a trouvé que l'essence de térébenthine avait occasionné des accidents graves. Mais il faut remarquer que, dans ces cas, la dose de l'essence de térébenthine injectée a été très élevée.

Chez l'homme, nous n'avons rien à craindre, il s'agit seulement que le rein ne soit pas altéré. Dans ces cas, nous croyons qu'on peut recourir à la même méthode, mais à des doses moindres et en espaçant les injections.

Chez les diabétiques au contraire, on doit s'abstenir,

parce que chaque lésion chez eux est capable de produire un érysipèle ou une gangrène.

Chez les enfants, il faut également éviter les injections térébenthinées, parce qu'ils supportent mal et résistent moins à une suppuration très abondante, à cause de leur impressionnabilité nerveuse excessive.

L'âge avancé au contraire, n'est pas une contre-indication.

La température très élevée ne constitue pas davantage une contre-indication à l'application de la méthode de Fochier.

MM. les professeurs Arnozan et Pic ont appliqué la méthode dans quelques cas de tuberculose grave, mais sans obtenir de bons résultats. Nous croyons que, dans ces cas on ne doit pas recourir à la méthode de Fochier.

Reste une contre-indication, c'est l'œdème ou la tendance à l'œdème. Chez les vieux cardiaques, les vieux rénaux et les vieux cirrhotiques, il y a lieu de n'user des abcès de fixation qu'avec une prudence excessive. Peut-être même est-il plus sage de s'abstenir, car la térébenthine serait capable de provoquer de véritables désastres.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(N° 1945 de la collection de M. le professeur Pic.)

Pneumonie grippale du lobe droit avec quelques foyers de broncho-pneumonie. — Compresses froides. — Absès de fixation. — Guérison. — (Diagnostic et Résumé.)

Louise Q..., quarante-neuf ans, ménagère entrée dans le service le 11 mai 1908, comme antécédents héréditaires rien d'intéressant. Comme antécédents personnels, la malade a eu deux fausses couches avant son premier enfant qui est en très bonne santé; trois autres fausses couches après son deuxième enfant mort à deux ans de croup. Entre pour un point de côté droit, de l'oppression, de la toux et de la fièvre; le tout date du 8 mai. A cette date, la malade a eu pour la première fois quelques petits frissons. Le lendemain, le 9, frisson, fièvre, malaise général. C'est le 10 que la malade fut prise brutalement d'un violent point de côté droit et qu'elle dut se mettre au lit. Femme grosse, pommettes rouges et présentant des varicosités, forte dyspnée (50 respirations par minute). Le côté droit est très douloureux. La malade se plaint de vives douleurs dans l'épaule. Dans toute la hauteur à partir de la fausse sous-épineuse, et de plus en plus nombreux à mesure qu'on se rapproche de la base, on perçoit des râles muqueux inspiratoires à fines

bulles. Pas de râles crépitants. La respiration est rude, mais on ne perçoit pas de souffles véritables. A gauche, râles muqueux moins nombreux qu'à droite. A la base jusqu'à l'épine de l'omoplate, râles à bulles moyennes, pas de différence de sonorité en avant. A gauche respiration du caractère supplémentaire; à droite, sibilances et ronchus avec râles muqueux sans souffle, inspiration difficile.

Submatité de la base droite depuis l'épine de l'omoplate. Il est difficile de se rendre compte de l'état des vibrations. Au cœur, pointe imperceptible, tachycardie avec embryocardie. Le pouls est à 190.

La malade est constipée; urines rares et un peu foncées avec un gros disque d'albumine. La région pré tibiale est légèrement gonflée. T. = 40 degrés.

12 mai matin. — T. = 38°8 (digitale 0,10, quininé 0,50); le pouls est régulier, bien frappé = 120. Respiration oscille entre 40 et 60. Facies subictérique. Embryocardie.

Au milieu de la base droite, râles sous-crépitanls ou crépitants vrais.

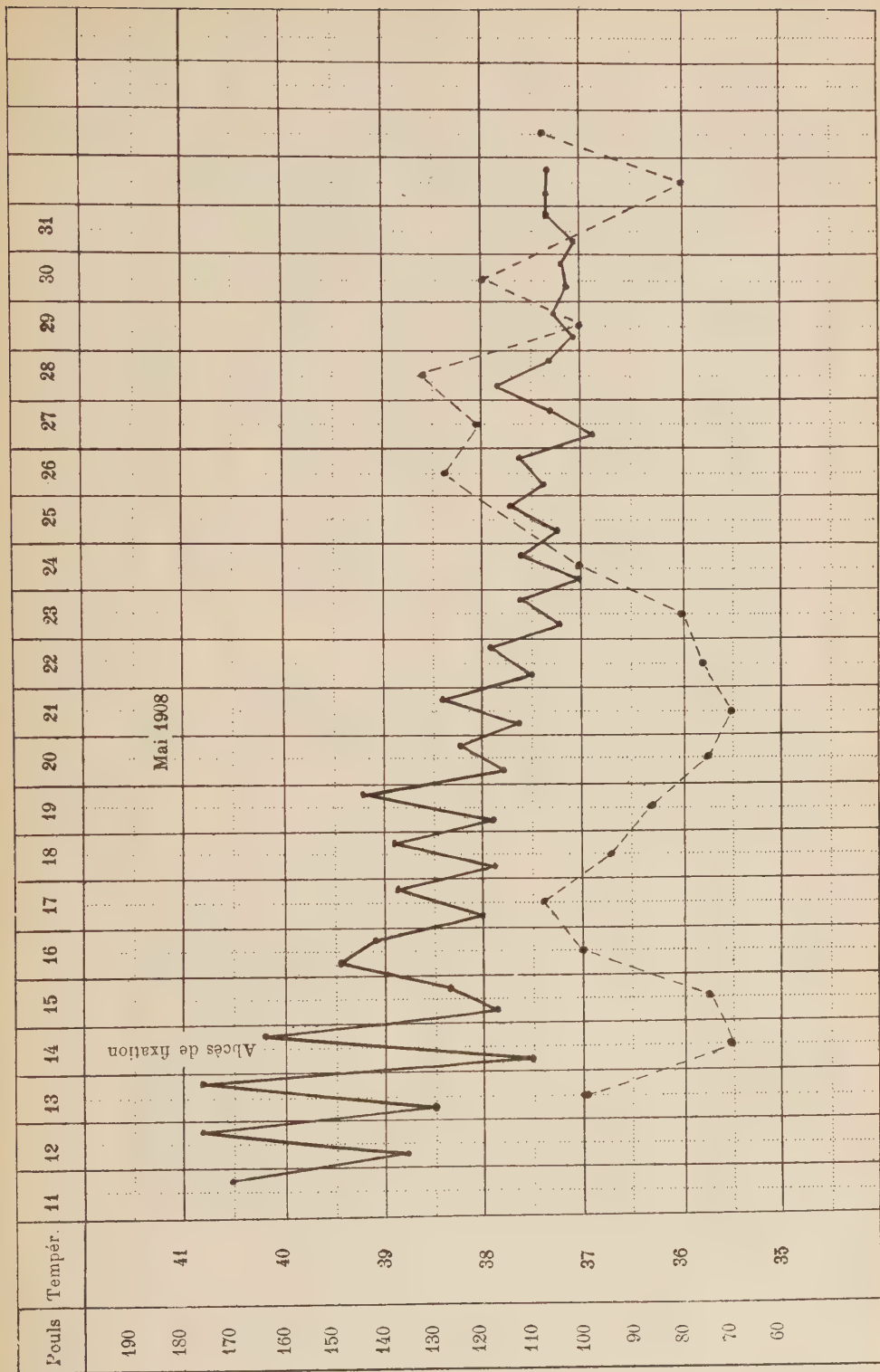
L'expectoration a toujours le même caractère muqueux et aéré.

14 mai matin. — L'état général est encore plus grave : pouls rapide, cœur embryocardique, le teint ictérique, la diurèse insuffisante, urines très albumineuses. D'autre part, la température décroît avec de très grandes oscillations entre 38 et 40 degrés en moyenne : En haut, 40°8; en bas, 37°5. Aux deux bases, râles sous-crépitanls. Dans l'aiselle souffle tubaire; râles sous crépitants et ronflants vrais. Le soir, la température est 40°2.

On pratique une injection d' 1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans le flanc droit.

19 mai matin. — La température est descendue à 37°9. Depuis ce moment elle va en baissant. On perçoit à droite quelques râles crépitants. L'urine oscille entre 1.500 et 1.700 avec un léger disque d'albumine.

23 mai. — Actuellement, l'amélioration est très sen-



sible, la température est à $37^{\circ}2$, l'expectoration muqueuse, les signes physiques se réduisent à quelques râles muqueux aux bases. Dans l'aisselle droite on ne perçoit plus de souffle ni de râles crépitants; la respiration est un peu rude.

Pendant ce temps, l'abcès de fixation a évolué vers la suppuration franche; il s'agit d'un grand abcès d'une forme oblongue de 12 centimètres de longueur et de 6 à 8 centimètres de largeur. La peau est violacée à nouveau de sa partie centrale. Il a été un peu douloureux.

Le facies n'est plus vultueux; il reste sensiblement un peu ictérique, surtout au niveau des joues et du menton. Au cœur, plus d'embryocardie, le premier bruit est toujours un peu rude.

A partir de ce moment, la température reste stationnaire et le thermomètre indique 38° degrés, signes prémonitoires de convalescence. On remarque encore de l'albumine dans l'urine.

Il est à noter dans cette observation qu'au moment de l'injection d'1 centimètre d'essence de térébenthine, la malade se trouvait dans un état très grave : teinte ictérique; accélération de la respiration (entre 40 et 60 par minute); au cœur, tachycardie avec embryocardie, pouls à 120, température à grandes oscillations (entre 38° et 40°) diurèse insuffisante, gros disque d'albumine.

Grande amélioration le lendemain de l'injection : température à $37,8^{\circ}$, diurèse augmentée, plus d'embryocardie.

Notre impression est que la malade doit sa guérison à l'injection de térébenthine, tellement la coïncidence entre l'apparition de l'abcès et l'amélioration de l'état général à dater du moment des injections était frappante.

OBSERVATION II

(De la collection de M. le professeur Pic.)

Pneumonie lobaire aiguë siégeant probablement à la base gauche avec absence presque complète de signes physiques. — Abscès de fixation. — Légère amélioration. — Mort (Diagnostic et résumé).

Francis P..., soixante-sept ans, cultivateur, entre dans le service, le 19 septembre 1908, pour de la dyspnée avec douleur au creux épigastrique. Rien de particulier comme antécédents héréditaires.

Ethylisme, paludisme, accident d'insolation, bronchite chronique.

L'affection actuelle remonte à sept jours. Début par de violentes coliques extrêmement douloureuses, accompagnées de vomissements alimentaires, puis bilieux, huit à dix dans la journée et de constipation. Le lendemain il ne présentait que peu de douleur vague de l'abdomen, les vomissements ne se sont pas reproduits, le malade a été spontanément à la selle. Il a gardé néanmoins le lit, surtout en raison de la dyspnée qui s'est beaucoup accentuée depuis l'incident abdominal. De plus le malade se plaint d'un point du côté gauche.

Le malade est très oppressé (50 respirations à la minute), les lèvres un peu cyanosées, pommettes couvertes de varicosités, conjonctives légèrement subictériques; abdomen ballonné et tendu. On ne sent ni le foie ni la rate. Il existe un point très douloureux au niveau de la vésicule.

Le malade se plaint, en outre, de souffrir dans l'épaule droite.

On trouve à l'auscultation, en arrière et dans toute la hauteur du poumon, une inspiration humée et obscure. Aux deux bases : sibilances et bouffées de râles sous-crépittants. Les derniers sont plus abondants à gauche et dans

l'aisselle ; à droite, ils sont plus discrets, mais s'entendent plus haut.

En avant, sonorité à peu près égale, inspiration humée.

Expectoration rare ; crachats sanglants et adhérents.

Rien de particulier au cœur ; pouls petit et peu tendu à 88.

Langue saburrale, mais humide.

Pas d'œdème des jambes.

Les urines sont foncées et sans albumine ni sucre.

Température à 39 degrés.

21 septembre. — Actuellement, la température est à 38 degrés, la dyspnée et les râles persistent ; le point douloureux est devenu plus médian, au-dessous de l'appendice xiphoïde.

26 septembre. — La température est allée en diminuant, actuellement 37°4. Diurèse augmentée, pas d'albumine, dyspnée presque nulle au repos.

A l'auscultation, on trouve des signes d'emphysème généralisée et aux deux bases des râles muqueux, plus abondants et plus fins à gauche. Pas de signes d'hépatisation.

2 octobre. — Le malade va bien depuis le 25 septembre, mais depuis cette date, l'état général a décliné en même temps que la température remontait, décrivant des oscillations entre 37 degrés et 38°5.

Le pouls est à 138 ; 52 respirations par minute.

L'auscultation permet d'entendre, en arrière, des signes d'emphysème et des râles ronflants disséminés et aux deux bases également on entend un mélange de râles sous-crépitants de divers volumes ; pas de souffle. De temps à autre une petite toux sèche, amenant parfois une expectoration muco-purulente.

Œdème du membre inférieur.

Urines foncées, 500 grammes en vingt-quatre heures, trace d'albumine.

13 octobre. — Ce matin, les signes de la base droite sont encore plus accusés et il existe à ce niveau un véritable bruit de tempête, mélange de râles de tout volume.

L'état général est encore plus mauvais ; la dyspnée est vive.

Le malade ne tousse presque plus et n'expectore pas.

On fait une injection d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans le flanc gauche. Au bout de vingt-quatre heures, on note une amélioration considérable de l'état général et fonctionnel. Le malade a beaucoup toussé la nuit et a eu une abondante expectoration muco-purulente.

Des deux côtés également, les râles ont diminué de nombre.

19 octobre. — L'abcès paraît bien prendre, néanmoins ce matin le malade est peut-être moins abattu, mais la dyspnée a augmenté. 48 respirations par minute.

Le pouls est à 95. Les signes de congestion pulmonaire persistent à la base gauche, mais ils sont beaucoup plus marqués à la base droite (râles sous-crépitants de divers volume, frottements et un peu de souffle).

La toux amène une expectoration muqueuse, adhérente qui, cette nuit, a été fortement teintée en rouge.

27 octobre. — L'abcès de fixation s'est ouvert spontanément le 21. Depuis ce moment l'abaissement thermique s'est encore accentué et la température est tombée à 36°1, ensuite elle s'est légèrement remontée, mais sans dépasser 37 degrés.

On trouve des râlés sous-crépitants de divers volumes à la base droite, tournant dans l'aisselle. La diurèse commence à diminuer, l'œdème des membres antérieurs reparaît. Le malade succombe le 3 novembre.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on note dans la plèvre gauche environ un demi-litre de liquide ; à droite, symphyse pleurale totale ; pas d'ascite. Poumon gauche atelectasié sans foyer d'hépatisation.

Le poumon droit présente de l'œdème du sommet, sans foyer de congestion. Cœur dilaté ; reins et foie normaux.

Dans cette observation on remarque, malgré la situation alarmante de la malade, une amélioration passagère après l'injection d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine. La réaction se produit, mais l'abcès s'ouvre spontanément. Il est incontestable que l'intervention thérapeutique a eu pour résultat de supprimer les grandes oscillations, de régulariser la courbe et de la ramener à la normale.

L'action sur l'état infectieux est donc incontestable, mais l'encombrement pulmonaire n'a pas diminué en raison de la persistance de la faiblesse cardiaque, qui a occasionné sans doute la mort,

OBSERVATION III

(N° 2035 de la collection de M. le professeur Pic.)

Pneumonie ayant débuté à la base d'où elle a envahi tout le poumon. — Absès de fixation. — Guérison. (Diagnostic et résumé.)

Thérèse A., cinquante ans, plieuse de tulle, entre dans le service le 26 novembre 1908 pour de l'oppression et de la toux.

Père mort à soixante dix-neuf ans de rupture d'anévrisme(?), mère morte à soixante-dix ans d'une affection pulmonaire.

Mariée, son mari est en bonne santé; deux enfants, un mort en nourrice, un second au cours de l'accouchement. Pas d'alcoolisme, ni la spécificité, pas de maladies de l'enfance. La malade a été toujours bien portante. Depuis cinq ou six mois elle s'aperçut qu'insensiblement sa voix devenait plus sourde surtout lorsqu'elle parlait plus longtemps. Depuis trois mois l'atrophie est presque complète. Elle n'a

jamais eu de douleurs aiguë au niveau de la gorge, jamais de dysphagie ; elle n'a jamais toussé.

L'affection actuelle date de dix jours, elle alla à son travail et, vers 9 heures du matin, elle eut brusquement des frissons et un point de côté violent sous le sein droit. Elle dit qu'au moment de son entrée l'état douloureux a disparu, qu'elle est moins essoufflée ; elle affirme n'avoir pas eu d'expectoration colorée.

Facies fébricitant, pommettes rouges, surtout à droite, éruption d'herpès labial. Pas d'œdème, pas de cyanose périphérique.

On trouve à l'auscultation, en avant et à droite, une sonorité plutôt exagérée sous la clavicule, et de la matité de la base sur deux travers de doigts. Pas de souffle, pas de râles. A gauche, sonorité exagérée, respiration à type emphysémateux. L'état de la voix de la malade ne permet nulle part de juger des vibrations thoraciques.

En arrière et à droite au sommet, sonorité et respiration normale. Dans le deuxième quart de la fosse sous-épineuse, matité absolue avec souffle tubaire. Dans le troisième quart, zone de submatité large de quatre travers de doigts et séparée de la précédente par une bande légère de sonorité. On perçoit encore le souffle, mais affaibli.

A la base, sonorité presque normale, souffle et seulement en ce point quelques râles sous-crépitants.

A gauche, exagération de la sonorité et respiration emphysémateuse. La malade est essoufflée, même au repos. R. = 32. Expectoration peu abondante, non colorée, sans caractère propre.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, rythme régulier, sans souffle. P. = 112.

La langue est saburrale, assez humide.

Les urines sont foncées et sans albumine.

La température à l'entrée égale 39°7.

28 novembre. — Hier matin la température dépassait 40 degrés, dyspnée forte, état général grave et même inquié-

tant à brève échéance. On fait une injection d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine et on ordonne la balnéothérapie. Toutes les trois heures (33 à 28 degrés) et des compresses de Priessnitz.

Sous cette influence, la température a baissé, le pouls a diminué de fréquence. P. = 120.

Localement, les signes d'hépatisation se sont atténués ; à la base où l'on perçoit un peu la respiration avec quelques frottements, ils sont très nets à la partie moyenne où existe un souffle tubaire.

Ce matin, on trouve le souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse, mais on ne trouve pas de râles. En somme, pneumonie ayant débuté à la base d'où elle a envahi tout le poumon en trois temps.

1^{er} décembre. — Depuis le 27 jusqu'au 28, la malade a pris onze bains, les a bien supportés et se déclare améliorée. La température initiale 40°2 ; les abaissements n'ont guère dépassé 1 degré. Depuis le 29, la température atteint 38°5 ; le 29, à 8 heures du matin, 37 degrés ; le 30, 36 degrés. La malade a l'hypothermie avec transpiration abondante et une augmentation de la diurèse de 800 à 1500 grammes sans albumine.

En arrière et à droite, on entend à la base dans la fosse sus ou sous-épineuse un souffle tubaire sans râles. La langue est saburrale et humide.

12 décembre. — Depuis le 1^{er}, la température après avoir été très abaissée, commence à remonter et oscille entre 37°3 et 37°4. L'état général est parfait.

31 décembre. — Depuis quatre mois, la malade avait la voix enrouée, on l'a montré à M. le professeur Collet qui constata une soudure à peu près complète des piliers postérieurs droits avec la paroi postérieure du pharynx et au niveau du larynx, la présence d'une gomme sur la corde vocale.

On commence le traitement spécifique.

Cette malade dont la situation était très alarmante et même inquiétante à brève échéance à cause de l'adynamie très accusée, guérit au bout de quelques jours, grâce à l'injection d'1 centimètre cube d'essence de thérébentine et de quelques bains froids.

Malgré la thérapeutique un peu complexe, cette observation démontre l'utilité de l'abcès de fixation dans cette pneumonie à allure très grave.

OBSERVATION IV

(N° 2058 de la collection de M. le professeur Pic.)

Broncho-pneumonie avec hépatisation du lobe inférieur droit. —
Abcès de fixation. — Pas de réaction. — Mort. — Autopsie. —
(Diagnostic et résumé).

Louise V..., cinquante-huit ans, ménagère, entre dans le service le 23 novembre 1908, pour la toux et parce qu'elle se sent très essoufflée. La malade était en très bonne santé jusqu'à cette date, aucun trouble fonctionnel, pas d'alcoolisme, pas de spécificité.

L'affection actuelle date de huit jours. A la suite d'un refroidissement, elle ressentit des frissons et un point de côté à droite ; depuis cette époque elle tousse continuellement. Femme amaigrie ; pas de cyanose ni œdème.

A l'auscultation du poumon on trouve en avant : la sonorité exagérée et les vibrations diminuées, de gros ronchus à gauche, respiration emphysémateuse accompagnée de sibilances.

En arrière : légère diminution de la sonorité dans la fosse sus-épineuse ; obscurité respiratoire ; pas de craquements.

Partout ailleurs, sonorité exagérée ; inspiration humée avec gros râles sibilants ; expiration humée, prolongée. Toux accompagnée d'une abondante expectoration.

Langue blanche, mais humide, la malade mange très peu.

Les urines sont troubles, mais il n'y a pas trace d'albumine.

La température est à 39°9.

29 novembre. — Ce matin on constate une grande modification. A la base droite, submatité sans exagération nette des vibrations, bouffées de râles crépitants, fins.

Il n'y a pas de bronchophonie ni de retentissement de la toux.

La langue est un peu sèche.

La température se maintient à 39°9.

Le pouls est à 120.

Il est donc probable que la bronchite des grosses et des moyennes bronches s'est capillarisée.

Le soir, on fait une injection d'un centimètre cube d'essence de thérébentine qui ne produit pas de réaction. La malade succombe.

27 novembre. — Autopsie. Gros bloc d'hépatisation grise à droite, occupant presque toute la hauteur du poumon. Issue d'un liquide purulent par les orifices des bronches. En plus, cirrhose probable.

Donc, voici une malade atteinte d'une broncho-pneumonie avec hépatisation du lobe droit, qui se trouve dans un état désespéré : température 39°9, pouls 120 et une expectoration abondante.

Malgré l'injection d'1 centimètre cube d'essence de thérébentine, la réaction ne se produit pas. La malade succombe. Cette observation est importante au point de vue du pronostic.

OBSERVATION V

(N° 1798 de la collection de M. le professeur Pic.)

Broncho-pneumonie double chez une malade atteinte de sclérose du sommet droit d'origine bacillaire avec emphysème consécutif.—
Bronchite généralisée. — Entrée en orthopnée avec cyanose suivi d'affaiblissement cardiaque. — Absès de fixation. — Guérison (Diagnostic et résumé).

Philomène M..., trente-huit ans, corsetière, entre dans le service le 12 février 1908 parce qu'elle est essoufflée. Elle n'a jamais eu aucune maladie, sauf une légère anémie. Depuis dix ans, la malade se sent un peu plus essoufflée ; une dyspnée d'effort qui fut d'abord légère et à laquelle elle n'attribua aucune importance. Puis la dyspnée augmenta et la malade eut quelques crises d'oppression assez violente la forçant de s'aliter quelques jours. Avec un peu de repos tout se dissipait et elle reprenait ses occupations. Ces crises d'oppression sont allées en augmentant d'intensité. Celle qui amène la malade à l'hôpital date de trois semaines. A la suite d'un refroidissement elle a eu des points de côté passagers et quelques frissons.

Depuis quelques jours, la toux et l'expectoration ont augmenté.

A l'entrée, oppression, respiration courte et superficielle (38 inspirations par minute). La malade est cyanosée et secouée par une toux quinteuse amenant une expectoration purulente et adhérente au crachoir.

A l'auscultation, on trouve en arrière la sonorité un peu diminuée dans toute l'étendue des deux poumons ; submatité du sommet droit avec augmentation des vibrations à ce niveau.

En avant, on trouve des râles sous-crépitaux et du souffle.

Partout, souffle de bronchite diffuse. Au niveau de l'an-

gle de l'omoplate gauche l'inspiration est humée et soufflante, mais il n'y a pas de souffle vrai. L'induration du sommet droit ci-dessus notée est incontestable.

Facies pâle, cyanique ; conjonctives brillantes.

13 février. — La malade est soulagée par l'ipéca ; en plus, on ordonne des ventouses, de l'huile camphrée et de la caféine. Le soir, amélioration manifeste ; diminution de la dyspnée et de la cyanose.

15 février. — On continue les ventouses et les injections de caféine ; l'état général se relève progressivement, diminution considérable de la cyanose. A l'auscultation, les râles fins sont moins nombreux et moins serrés, la respiration s'entend mieux. Le soir, à 5 heures, on fait une injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans le flanc droit.

16 février. — Ce matin, dyspnée extrême avec respiration superficielle. Le pouls est imperceptible à droite ; à gauche, il est petit et filant.

Aux deux bases, on trouve des râles sous-crépitanants fins, confluent, mêlés de râles muqueux, à timbre très gros. A la partie moyenne, ces râles muqueux se mêlent à des râles ronflants et sibilants de divers calibres, bruit de tempête, râles sibilants et ronflants abondants. Le pouls a une tension plus forte

18 février. — La malade est absolument transformée, la dyspnée totalement disparue, le teint est normal.

Les râles sont à timbre plus humide, ils sont très peu abondants, et n'existent plus qu'à la base gauche. Là, également, la respiration est obscure. A la base, du même côté, on a un foyer de petits râles inspiratoires à timbre humide. A gauche, les mêmes râles se retrouvent plus abondants avec une respiration un peu soufflante. Les râles sous-crépitanants à gauche se prolongent dans l'aisselle, tournent en avant et se retrouvent dans la région précordiale et à la partie inférieure du poumon gauche. Sous la clavicule gauche, on trouve des ronchus et des sibilances.

Sous la clavicule droite, on trouve des râles fins à timbre plus sec qu'aux bases.

Au cœur : pointe non perçue, tachycardie sans arythmie, P. = 139.

2 mars. — Ouverture de l'abcès.

13 mars. — La malade sort complètement guérie. Il ne persiste plus qu'un peu d'emphysème avec quelques ronchus et sibilances sous les clavicules.

OBSERVATION VI

(N° 1899 de la collection de M. le professeur Pic.)

Broncho-pneumonie. — Congestion des bases. — Myocardite probable. — Reins sclérosés. — Absès de fixation. — Pas de réaction. — Mort (Diagnostic et résumé).

Jeanne V..., soixante-dix-huit ans, ménagère, entre dans le service, le 10 juillet 1908. Sans antécédents intéressants (sauf une fluxion de poitrine à l'âge de dix ans).

A la suite d'un refroidissement elle a eu la grippe et, depuis cette époque, elle se sent oppressée. Elle a eu plusieurs épistaxis, quelquefois mal à la tête; elle avait une pollakiurie diurne.

Elle avait fait un premier séjour au IV^e femmes au mois de mai dernier pour une bacillose fibreuse et une myocardite. Elle est sortie du service assez améliorée. Elle rentre aujourd'hui à l'hôpital parce que l'oppression a brusquement augmenté depuis deux jours, sans point de côté. Pour la première fois, elle a de l'œdème des jambes, œdème blanc, mou, très dépressible, remontant jusqu'à la partie moyenne des cuisses.

La face est un peu bouffie, pâle, les lèvres cyanotiques.

A l'auscultation du poumon, on trouve en avant de la submatité sous la clavicule droite, une respiration soufflante, de nombreux râles de bronchite. A gauche, la res-

piration est un peu rude, sans râles. En arrière : submatité presque dans toute la hauteur du poumon droit. Au sommet, mêmes signes qu'en avant. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, au voisinage de la colonne, dans un espace à peine large comme une paume de main, foyers de râles fins qui éclatent en bouffées à la fin de l'inspiration ; expiration légèrement soufflante. A la base, râles de congestion.

La pointe du cœur bat dans le V^e espace ; les bruits sont rapides, arythmiques, très inégaux d'intensité suivant les systoles.

Le pouls est petit, irrégulier et très rapide.

La langue est très humide et saburrale.

Les urines sont jaunes, un peu louches, disque net d'albumine.

15 juillet. — Le lendemain de l'entrée, le foyer de râles crépitants fins du poumon droit est plus net et s'est étendu. Pas de souffle. L'arythmie a toujours été très marquée, malgré 30 centigrammes de digitale pendant trois jours. Pouls petit, très irrégulier.

Le soir, on fait une injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine. La réaction ne se produit pas et la malade succombe.

Autopsie, 17 juillet. — Au poumon gauche, on remarque quelques adhérences lâches à la base ; petites cicatrices anthracosiques au sommet.

Au poumon droit, tout le lobe inférieur est fortement œdématié, laisse échapper à la pression une spume rosée, mais il n'existe aucun point hépatisé, aucun noyau broncho-pneumonique. Divers fragments prélevés surnagent dans l'eau, aucun ne gagne le fond.

Au sommet, ancien foyer de tuberculose en évolution, adhérences pleurales, petit nodule anthracosique. Au cœur, pas de lésion valvulaire. Les reins présentent de nombreux kystes. Bosselés avec capsule un peu adhérente. Le foie présente un aspect muscade à la coupe.

Il est à remarquer dans cette observation que l'injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine, n'a pas produit de réaction. La mort semble due sans doute à la défaillance cardiaque.

OBSERVATION VII

(N° 2021 de la collection de M. le professeur Pic.)

Pneumonie lobaire aiguë droite chez une malade maigre, d'aspect presque cachectique, présentant induration légère du sommet droit. — Hydrothérapie, compresses. — Abscès de fixation. — Guérison (Diagnostic et résumé).

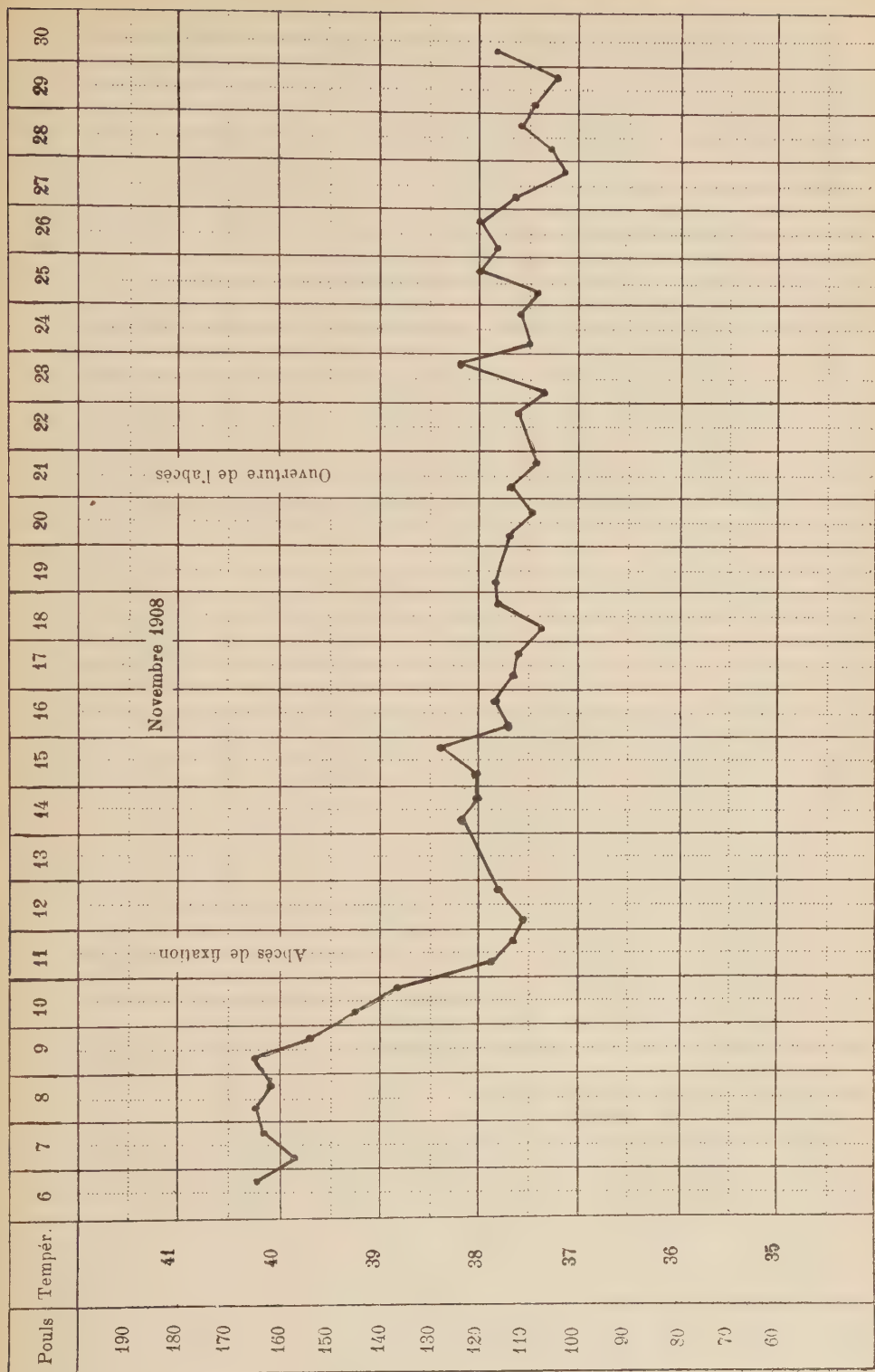
Françoise P..., quarante-sept ans, ménagère, entre dans le service, le 6 novembre 1908, pour de la toux et des points de côté.

Sans antécédents intéressants. Il y a huit ans, elle fut soignée pour une affection pulmonaire aiguë. La malade n'est pas toussseuse et ne crache pas.

Il y a quatre jours, elle ressentit brusquement un point de côté violent, à gauche, qui l'obligea à se mettre au lit.

Femme très amaigrie, pas d'œdème, pas de ganglions cervicaux.

A l'auscultation, on trouve, en arrière et à droite, une sonorité conservée dans toute la hauteur sans modification appréciable des ampliatiions thoraciques. Murmure vésiculaire perçu dans toute la hauteur avec une respiration un peu humée à la base. A la partie moyenne, tout près de la colonne, on entend, après quelques secousses de toux, de petits râles très fins éclatant par bouffée à la fin de l'inspiration. Ces râles deviennent plus nombreux suivant une bande horizontale dirigée dans l'aisselle et donnent sur la ligne axillaire une petite zone de matité.



A gauche, on trouve la sonorité et la respiration normales sans râles. En avant des deux côtés on n'entend aucun bruit pathologique surajouté à la respiration.

Le point de côté a disparu, la malade tousse peu, aucune expectoration, R = 40.

Au cœur, rien de particulier ; pouls régulier, de tension plutôt faible (120).

Urines troubles, riche en urates, trace d'albumine. Température à 40 degrés.

7 novembre. — Ce matin la température paraît à peu près stationnaire. La malade se plaint encore de son point de côté, la peau est sèche, la langue saburrale. Les signes d'hépatisation se sont étendus et prononcés ; au niveau de tout le lobe inférieur droit matité, exagération des vibrations.

On perçoit dans l'aisselle un souffle à caractère tubaire mélangé de râles crépitants et sous-crépitanis. Partout égophonie, pas de bronchophonie.

La température est à 39°9.

9 novembre. — Aujourd'hui la malade est plus dyspnéique, l'expectoration est colorée, les signes d'hépatisation occupent toute la hauteur du poumon droit.

Le pouls est rapide (130), mais régulier.

10 novembre. — Jusqu'à ce jour, pas d'amélioration par le traitement. Lait, potion de Todd, compresse, digitale.

Hier matin, état grave, on ordonne l'hydrothérapie. Depuis lors, amélioration considérable. La température a tendance à baisser.

Le pouls est encore à 120, la respiration à 35.

A l'auscultation, on trouve de la matité aux bases à timbre élevé presque skodique et de très nombreux râles crépitants de retour.

A la partie moyenne, matité avec mélange de souffle et râles crépitants. Dans la fosse sus-épineuse son skodique. Partout, soit en avant, soit en arrière, bronchophonie, retentissement de la toux.

La langue, saburrale et humide.

Le pouls est plein et régulier.

12 novembre. — Hier matin, malgré que la température ait baissé, l'état général paraît de nouveau grave. La malade est très oppressée et donne l'impression d'une infectée.

A l'auscultation, on trouve du souffle et des râles crépitants dans toute la hauteur. Le 11 au matin on fait une injection d'1 centimètre cube de térébenthine. En même temps, injection de strychnine et de spartéine.

Aujourd'hui, grande amélioration, la température est de 37°8, la respiration à 42, le pouls à 90.

En même temps, on remarque que les signes physiques diminuent. La sonorité est devenue à peu près normale. En arrière, à la base droite, on entend la respiration avec des râles sous-crépitaux. A la partie moyenne : submatité, souffle, râles crépitants. Dans l'aisselle et la région sous-mammaire, foyer de râles crépitants.

14 novembre. — Entre le moment de l'injection et le moment de la réaction, l'état général est resté grave, les signes physiques stationnaires. A partir du moment de la réaction les signes graves ont rapidement rétrogradé ; les signes locaux ont persisté assez longtemps. Au moment de l'ouverture de l'abcès, on perçoit encore un souffle et des râles sous-crépitaux de retour à la base et au sommet droit.

17 novembre. — Depuis le 11 novembre, date de l'abcès de fixation, la température a décrit une marche décroissante pendant vingt-quatre heures, les jours suivants la température est restée autour de 37°5, disparition complète du souffle et des râles.

21 novembre. — Ouverture de l'abcès.

La malade est en convalescence.

OBSERVATION VIII

(N° 2153 de la collection de M. le professeur Pic.)

Pneumonie gauche au 6^e jour chez un alcoolique. — Délire. — Abscès de fixation. — Pas de réaction. — Mort (Diagnostic et résumé)

François D..., quarante-deux ans, journalier, entre dans le service, le 20 avril 1909, avec délire et ne peut fournir aucun renseignement. Une lettre d'un médecin indique qu'il a eu un point de côté à droite, qu'il a eu des crachats rouges et que, dans un accès de délire, il a sauté par la fenêtre d'un deuxième étage. Ethylisme ancien. Malade très agité. Facies fébricitant, pommettes rouges, peau chaude et moite, langue assez humide, pouls rapide et régulier (104).

La respiration rapide (40 par minute). superficielle.

Le malade tousse, n'accuse plus aucun point de côté, l'expectoration est nulle.

Auscultation très difficile : respiration soufflante, on ne perçoit pas de râles.

Urines foncées, chargées et sans albumine.

La température est à 41 degrés.

21 avril. — On fait une injection d'essence de térébenthine, la réaction ne se produit pas ; le malade succombe le même jour.

Cette observation est importante à ce point de vue que c'est un malade alcoolique atteint d'une pneumonie. Or la pneumonie chez les alcooliques met la vie en grand danger. Il est à noter que ce malade a succombé sans pouvoir réagir après l'injection de l'essence de térébenthine.

OBSERVATION IX

(De la collection de M. le professeur Pic.)

Bronchite généralisée. — Granulie pulmonaire confluente. — Cirrhose éthylique. — Cicatrice fibreuse du sommet droit. — Dégénérescence graisseuse du foie. — Aucun foyer caséeux en évolution. — Absès de fixation. — Mort. — (Diagnostic et résumé).

André G.,, cinquante-sept ans, entre dans le service, le 16 juin 1908, pour de l'oppression. Aucune maladie antérieure, éthyisme, pas de spécificité.

Le malade répond très mal aux questions : on apprend seulement que, depuis plusieurs années, il a des pituites matinales et que l'affection actuelle a débuté il y a trois mois environ par de l'œdème et de l'oppression.

Actuellement malade au teint subictérique, aux conjonctives légèrement jaunes, aux pommettes couvertes de varicosités.

Très dyspnéique (40 respirations à la minute).

A l'examen du poumon on trouve en avant des deux côtés sous les clavicules des sibilances et une expiration prolongée.

En arrière dans toute l'étendue, mais avec prédominance aux bases et à gauche, ronchus, sibilances avec des râles muqueux de petit volume. Respiration emphysémateuse. A gauche, près de l'angle de l'omoplate, souffle respiratoire avec nombreux râles muqueux.

Au cœur on ne sent pas la pointe, tachycardie, bruits cependant nets sans galop ni souffle.

Pouls sans pression exagérée.

L'abdomen est un peu saillant, il existe de la matité dans les flancs. On obtient le flot ; circulation veineuse supplémentaire ; le foie est gros et dur et déborde largement les fausses côtes. Son bord inférieur est perçu à trois ou qua-

tre travers de doigts du rebord costal. OEdème des jambes, léger œdème du rectum et du prépuce.

Urines rares, foncées, de teinte hépatique, avec un léger disque d'albumine.

La température est à 39 degrés.

11 juin. — On fait un abcès de fixation d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

12 juin. — Pas de réaction locale.

13 juin. — Le malade meurt.

15 juin, — Autopsie. Les deux poumons présentent une grande quantité de granulations grises miliaires sous-pleurales sur toute leur étendue. En plusieurs points, notamment à la base et à la partie moyenne du poumon droit, on trouve des noyaux de broncho-pneumonie commune.

Rien dans le péricarde, sauf un peu de liquide citrin.

Le foie est gros, non cirrhotique, pas d'ascite.

OBSERVATION X

(N° 1.981 de la collection de M. le professeur Pic.)

Fièvre typhoïde grave à forme hyperpyrétique et à température très inconstante chez une malade atteinte antérieurement d'hystérie avec troubles cardiaques ayant fait admettre la possibilité d'un rétrécissement mitral fruste. — Poussée d'endocardite infectieuse atténuée pendant la convalescence. — Infarctus pulmonaire; fièvre à type septicémique. — Guérison complète à la suite d'abcès de fixation. — Syndrome Basedowien fruste, développé chez une malade porteur de léger goitre ancien.

Joséphine Ch..., vingt-sept ans, domestique, entrée dans le service le 25 septembre 1908. Elle était, jusqu'à cette date, aux II^e femmes pour des crises nerveuses.

Père bien portant, non éthylique.

Mère morte de suite de couches.

Réglée à treize ans, régulièrement, a eu un enfant, mort à deux mois du croup. Pas de fausses couches.

La malade a toujours été très nerveuse, impressionnable, mais depuis un an, à la suite d'ennuis familiaux, elle prend de véritables crises qui s'accompagnaient rarement de perte complète de connaissance; précédées d'un aura consistant en une crise de larmes. Aucune morsure de la langue, ni écume à la bouche. Au réveil, nouvelle crise de larmes. La durée totale est d'un quart d'heure environ, suivie d'une grande lassitude pendant deux ou trois jours. Les crises reviennent généralement au moment des périodes menstruelles. Pas de crises nocturnes, pas de somnambulisme.

La malade s'enrhume facilement l'hiver et tousse depuis longtemps plusieurs mois dans l'année. Aucune autre maladie antérieure, pas de spécificité, pas d'éthylisme, pas de caféisme. Depuis trois jours, la malade se plaint d'une céphalée tenace et d'insomnie. Elle a quelques coliques et de la diarrhée depuis hier (24), a vomi plusieurs fois. Pas d'épistaxis.

Facies très coloré, pommettes rouges, pas de prostration, langue blanche à son centre, rouge sur les bords.

Abdomen non ballonné, quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite, qui n'est pas douloureuse à la pression.

La rate n'est pas perçue à la palpation, mais il existe à son niveau une petite aire de matité.

Le foie ne dépasse pas le rebord costal; quelques taches rosées discrètes sur l'abdomen et la poitrine.

On sent la pointe du cœur dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire, le premier bruit un peu sourd à la pointe. Pouls de bonne tension, rythme régulier.

Aux poumons, en avant, sous la clavicule gauche, submatité, diminution des vibrations. A l'auscultation, on ne trouve que de l'obscurité, pas de râles. En arrière, submatité avec résistance au doigt, un peu d'obscurité dans la fosse sus-épineuse gauche. Rien à la base.

A l'examen du système nerveux : diminution des réflexes

conjonctivaux et du réflexe pharyngien. Pas de zones hystérogènes, pas de troubles de la sensibilité objective. Réflexes rotuliens faibles, plantaires, normaux.

Température : 40°4.

Coloration normale des urines, gros disque d'albumine rétractile.

26 septembre. — La malade présente une tachypnée prononcée; parfois, la respiration est très irrégulière, parfois elle est normale.

À l'auscultation, on trouve parfois à la base droite, dans les premiers mouvements inspiratoires, quelques rares râles muqueux.

Au sommet gauche, on trouve, en dehors des signes d'induration, une respiration un peu granuleuse et quelques sibilances dans la fosse sus-claviculaire.

La température est à 39°8; le pouls à 104.

La fosse iliaque droite est nettement gargouillante.

Rate perceptible à la percussion, non à la palpation.

Urine trouble, bouillon de bœuf foncé.

Malgré le séro-diagnostic négatif, le diagnostic de fièvre typhoïde n'est pas douteux.

9 octobre. — De l'entrée (23) au 28 septembre, la température a décrit plusieurs oscillations à 39°5, c'est donc une première période de près de huit jours.

Mais la température du 28 au 4 décrit une courbe de défervescence graduelle, entrecoupée du 1^{er} au 4 de quelques grandes oscillations. C'est la deuxième période.

Enfin, depuis le 4 et surtout depuis le 6, le niveau de température ne dépasse guère en moyenne 38°8.

La feuille de bains montre que jusqu'au 3, les bains ont été donnés très régulièrement sans en sauter un. Les abaissements ont été suffisants, presque toujours de plusieurs dixièmes et parfois d'1 degré. Cependant, de temps à autre, à la fin septembre et malgré les bains à 20 degrés, il s'est produit des oscillations de température après les bains; l'élévation thermique a parfois été d'un demi-degré

(39°5, 40 le 1^{er} octobre). Chacun de ces bains a été bien supporté : il s'est produit assez fréquemment de la dyspnée, mais jamais de cyanose. Ce qui fut surtout frappant et qui persista jusqu'au 5 octobre, c'est l'état de confusion mentale avec stupeur et crises de mutisme. Cependant, la plupart du temps, la malade répondait aux interpellations un peu fortes.

Pendant ce temps, les sibilances se sont généralisées, sans qu'il y ait eu beaucoup de congestion.

Cœur parfois inquiétant à cause de l'embryocardie et de l'arythmie, le premier bruit étant particulièrement sourd.

Le ventre demeure ballonné sans augmentation de la rate.

La langue est restée saburrale, assez caractéristique.

Les taches rosées ont été nettes, avec prédominance dorsale.

Le pouls est resté proportionnellement lent, relativement à la température.

La diarrhée a été permanente

Urines albumineuses.

Depuis deux jours, grande amélioration. La malade a sauté hier deux bains et la température maxima n'a été que 39°4. Hier soir, à 8 heures, température initiale 39 degrés, terminale 37,2. A 11 heures du soir 36°9, mais entre 8 et 11 heures on a depuis plusieurs jours donné un cachet de 50 centigrammes de quinine.

Ce matin elle est dans le décubitus dorsal, l'air absorbé, mais répondant bien.

Langue bien dépouillée, gorge nette.

A l'auscultation du poumon, on trouve des sibilances, surtout abondantes dans les deux régions sous-claviculaires.

Cœur bien régulier; l'embryocardie a diminué.

Le pouls est à 120. 40 respirations par minute.

Abdomen toujours un peu ballonné, mais beaucoup plus dépressible. Douleur à la pression dans les fosses iliaques.

La diarrhée a cessé depuis deux jours.

Urines plus claires, mais plus albumineuses. La quantité dépasse régulièrement le litre.

Taches rosées dans la région dorsale supérieure.

En raison de l'état de cyanose se produisant dans les bains, on les supprime et on donnera dès maintenant toutes les six heures un cachet de pyramidon de 30 grammes, il y a 38°5 ou plus.

13 octobre. — Bien que les oscillations soient grandes, au point de vue de température (un seul 39 degrés par jour, les autres à 37 degrés).

Ce matin la malade est pâle, cyanique, avec pouls plus ou moins filiforme.

Au cœur, rythme à trois temps. En raison de la tachycardie considérable, il est impossible de savoir si le dédoublement porte sur le premier ou le deuxième bruit, cependant il semble bien qu'il s'agisse d'un dédoublement du deuxième bruit à composantes très espacées.

15 octobre. — Sans élévation de température, qui paraisse indépendante de la continuation de la période pyrétique de la fièvre typhoïde, il s'est produit hier soir un incident qui paraît confirmer l'idée que l'on avait eu lors de la dernière auscultation, d'une complication intra-cardiaque.

Brusquement, point de côté droit très douloureux, avec angoisse, cyanose, puis expectoration mousseuse dans laquelle quelques crachats rouges-noirâtres.

L'idée d'infarctus est confirmée par l'auscultation qui décele à la base droite (sur l'étendue d'un travers de main), une zone diffuse d'obscurité du murmure, au niveau de laquelle on perçoit en outre des bouffées de râles sous-crépitaux fins.

Ce matin, au cœur, on ne perçoit plus qu'un rythme à trois temps, qui paraît composé par un roulement présystolique en majorité au premier bruit.

P. = 140; R. = 48.

Lèvres un peu cyanosées.

Le point de côté est encore assez fort ce matin. Les phé-

nomènes abdominaux ont plutôt rétrocedé. La température offre toujours le caractère continu, rénitent, mais il est à noter que depuis le 10 les oscillations ont une amplitude anormale : la température descend vers 37°5 le matin et remonte le soir aux environs et au-dessus de 39 degrés. La diurèse a un peu diminué, elle est à 200 centimètres cubes en vingt-quatre heures. La malade n'a pas de diarrhée.

Urines, couleur rouge remarquable ressemblant pour ainsi dire à du sang ; gros disque d'albumine coloré lui-même en rouge.

D'après l'analyse du laboratoire de thérapeutique cette coloration est d'origine médicamenteuse (pyramidon).

16 octobre. — Ce matin, état général plus grave, la température présente de grandes oscillations, hier, à 8 heures, 37°8 ; à 2 heures, 40°3 ; ce matin à 2 heures, 37°1 ; à imdi, 40°3.

La malade est très dyspnéique avec battement des ailes du nez ; point de côté très douloureux à droite.

A l'auscultation, obscurité de bruit à la base droite avec bouffées de râles sous-crépitaants, muqueux et fins. Quelques crachats hémoptoïques de couleur chocolat.

Au cœur, persistance du rythme à trois temps.

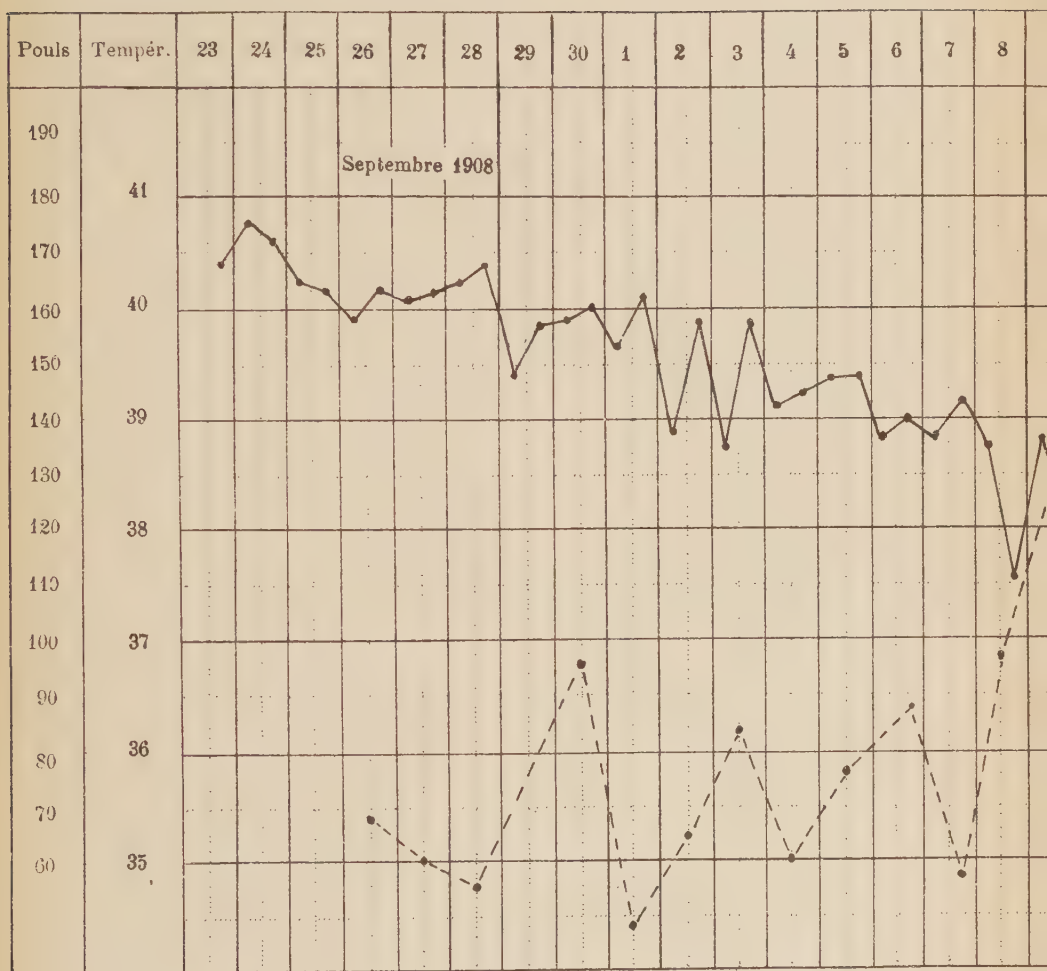
Les urines contiennent beaucoup d'albumine et conservent toujours leur couleur rouge.

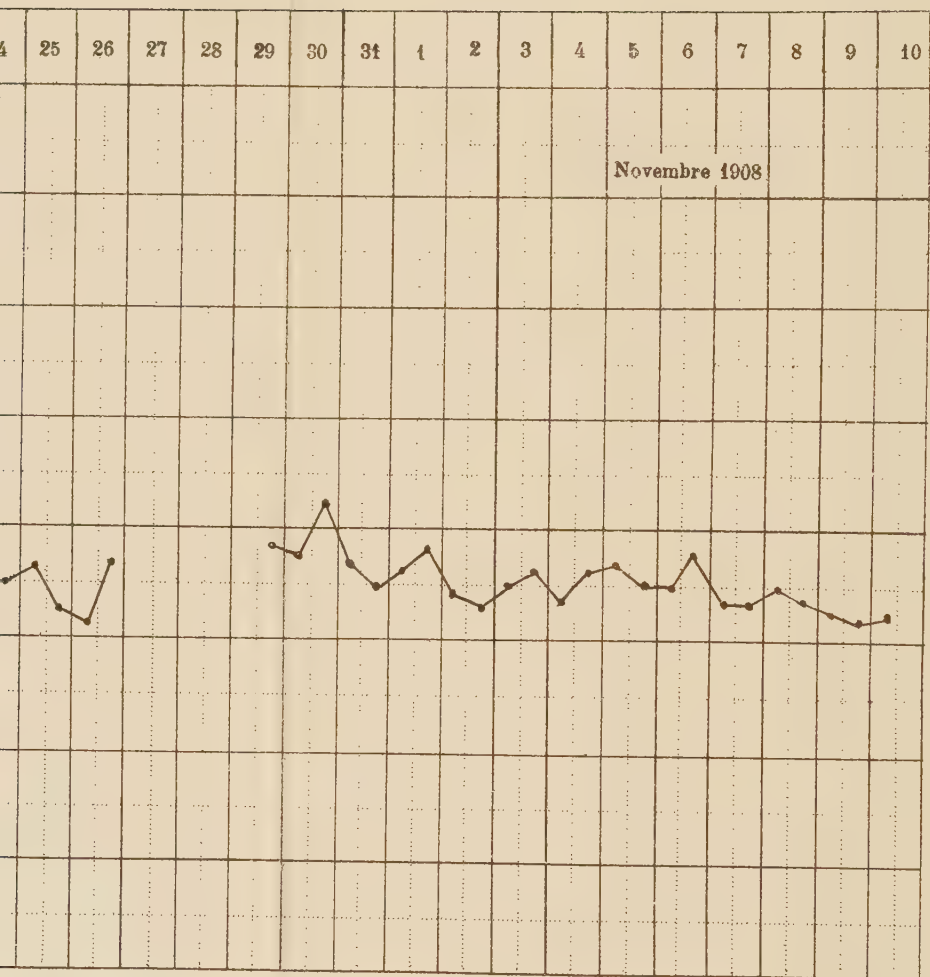
En présence de ces phénomènes septicémiques on ordonne : inhalation d'oxygène ; injection d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine, champagne, compresses froides et huile camphrée.

24 octobre. — Depuis l'injection térébenthinée, la température (sauf un incident le soir, le 2^e jour où la courbe s'est relevée à 39°5), a décrit une marche régulière descendante. Dès le 4^e jour, le niveau atteint 38 degrés, où il se mentionne trois jours (jusqu'au 22, jour de l'ouverture de l'abcès).

Le pus était d'une quantité considérable.

OBSERVATION X. — Joséphine Ch....





Depuis lors, la température est restée presque constamment au-dessous de 38 degrés.

Parallèlement, la courbe de diurèse s'est relevée. Urines devenues claires, sans albumine.

La cyanose et l'angoisse ont disparu.

La respiration est devenue plus normale.

Les phénomènes intestinaux ont rétrocedé. L'amélioration est rapide.

Au poumon, à la base droite mélange de râles sous-crépitaux et de petits frottements.

Au cœur, le rythme à trois temps a disparu.

29 octobre. — Depuis plusieurs jours, la température est presque normale, cependant, presque chaque soir, elle est à 38 degrés. Il y a toujours un certain degré de tachycardie, mais il est difficile de savoir si celle-ci n'est pas due jusqu'à un certain point à la névropathie, attendu que l'auscultation est toujours négative : obscurité et matité à peu près disparues, et il n'y a presque plus de râles. Cependant toux fréquente, expectoration abondante non teintée.

Au cœur, tachycardie, disparition de l'arythmie.

Signes frustes permettant de penser à une lésion mitrale ; léger roulement présystolique avec léger éclat de la mitrale et tendance au dédoublement du deuxième bruit.

Au point de vue dothiéntérie, la guérison semble complète : langue nette, abdomen souple, la rate a repris ses dimensions normales ; il n'y a plus ombre d'état typhique.

La malade a beaucoup maigri.

3 novembre. — Depuis le 22 octobre (ouverture de l'abcès) la température s'était abaissée régulièrement à la normale, mais, le 27, elle était remontée à 38 degrés, et, à partir de ce moment on donna à manger à la malade (potage et œufs). Depuis cette époque, la température s'est mise à baisser régulièrement.

Aujourd'hui convalescence complète, l'abcès est complètement cicatrisé, il n'y a plus rien aux poumons. Cœur

normal. Digestions bonnes. On augmente l'alimentation (blanc de poulet).

14 novembre. — Depuis la deuxième note, la guérison s'est maintenue, la température est normale et très régulière. La malade a repris appétit, force, couleur et embonpoint.

Actuellement : aux poumons, plus aucun signe anormal.

Au cœur, aucun signe fonctionnel, plus de tendances syncopeales, mais tachycardie considérable, sans arythmie, avec éclat particulier vibratoire des deux bruits et tendance au rythme fœtal. Ni roulement pathologique, ni dédoublement du second bruit, mais la vibration mitrale à la palpation est incontestablement exagérée, petit souffle xiphoïdien très net.

Pouls plein mais de faible tension. Phénomènes vasomoteurs se produisant à la moindre émotion.

Ventre souple; rien au foie ni à la rate.

Selles normales.

Peut-être le regard a-t-il un peu d'éclat, mais pas d'exophtalmol.

Hypertrophie thyroïdienne plus nette qu'à l'entrée, elle porte sur les deux lobes latéraux, qui ont une consistance charnue.

Tremblement de Marie typique aux mains.

Abolition presque complète du réflexe pharyngé.

Réflexes rotuliens exagérés avec trépidation épileptoïde.

Pas d'anesthésie.

En résumé, il semble que la gravité des phénomènes cardiaques notés ait été sous la dépendance d'une cardiopathie latente, myocarditique, liée à l'évolution d'un syndrome basedovien fruste, cardiopathie sur laquelle s'est greffée une lésion endocarditique d'origine infectieuse.

Cette observation nous paraît d'un intérêt capital, tant au point de vue général qu'au point de vue précis de la valeur thérapeutique de l'abcès de fixation; lorsque celui-ci a été pratiqué, depuis plusieurs jours,

une complication cardiaque grave avait obligé à suspendre les bains et l'on en était réduit à donner quelques cachets de pyramidon ; le jour même où on s'est décidé à intervenir, la coïncidence des signes d'une endocardite infectieuse atténuée avec ceux d'un infarctus, de grandes oscillations thermiques malgré la disparition de la plupart des signes de fièvre typhoïde, rendaient la situation immédiatement alarmante : on avait l'impression d'une malade profondément infectée au niveau du poumon comme au niveau du cœur ; l'existence d'embolies septiques parties du cœur pour faire dans le poumon un infarctus tendant à évoluer sur la suppuration paraissait très plausible. Quelle que fût d'ailleurs l'explication des phénomènes, l'état de la malade était tel que sa famille et tout l'entourage suppliaient le médecin de la laisser sortir de l'hôpital, pour qu'elle pût mourir chez elle ; l'injection de térébenthine est faite, et quarante-huit heures après, la certitude de la guérison prochaine devenait évidente. Des observations de ce genre nous paraissent plus démonstratives que n'importe quelle statistique.

Résultats cliniques. — Nous venons de voir comment on provoque les abcès de fixation, et quels sont leurs effets locaux et leurs indications dans les maladies aiguës de l'appareil broncho-pulmonaire. Dans le présent chapitre, nous étudierons les résultats cliniques qu'ils fournissent dans la pratique.

Notre maître, M. le professeur Pic a essayé les injections térébenthinées dans quelques cas très graves de maladies broncho-pulmonaires aiguës et a obtenu

de très bons résultats; comme on l'a vu des observations qui précèdent et qui ont été recueillies toutes dans son service.

Dans les maladies broncho-pulmonaires aiguës, comme dans la fièvre puerpérale où l'on a mis la méthode de Fochier en pratique, l'organisme a répondu par la formation de volumineux abcès pleins d'un pus abondant.

En ce qui concerne l'effet thérapeutique produit, nos observations montrent que la médication agit surtout d'emblée sur l'état général et les manifestations toxi-infectieuses qui semblent enrayées presque immédiatement. La température tombe en général le lendemain de l'injection. De deux à cinq jours après se manifeste de la polyurie. On assiste en somme à une sorte de crise salutaire qui présente beaucoup d'analogie avec celle qui accompagne la défervescence de la pneumonie. Les malades se sentent mieux; on voit la dyspnée diminuer rapidement, l'énergie cardiaque augmenter et les signes physiques diminuer ou disparaître quelques jours après l'injection. Voilà ce que nous avons constaté aussi dans les observations de MM. Lépine, Bard, Dieulafoy, Spillmann, Revilliod etc.

Dans toutes ces observations comme dans les nôtres quand la suppuration se produit au point injecté, nous remarquons l'amélioration de l'état général (voir obs. I, III, V, VII, X); dans toutes celles où l'organisme n'a pas pu réagir ou n'a pas eu le temps de réagir, les malades ont succombé (voir obs. II, IV, VI, VIII, IX).

Si nous analysons les insuccès de Chantemesse, Spillmann, Rendu et les nôtres, nous voyons que chaque fois que les injections térébenthinées ont été

pratiquées, les malades étaient dans un état général des plus graves. La dyspnée effrayante, le pouls petit, l'adynamie profonde sont notés partout. Dans toutes les observations publiées on voit les mentions : graves, très graves, désespérés et on se rend facilement compte que tous ces malades étaient certainement dans un danger extrême au moment des injections.

M. le professeur Bard ne se décide pas à appliquer la méthode de Fochier que parce que l'état de son malade est des plus graves. « La situation me paraissait grave, dit-il, dans la note, qui accompagne son observation, moins à cause de l'hyperthermie qui était modérée, que par le fait de l'état général « mauvais, de l'adynamie très « accentuée et par la prolongation très inaccoutumée « de la période d'état, puisque au neuvième jour il « n'apparaissait encore aucun symptôme de résolution.

De même M. le professeur Dieulafoy se décide à appliquer la méthode des injections quand il a remarqué que l'état de son malade s'aggravait de plus en plus et après avoir essayé tous les autres traitements.

D'après les observations de MM. Chantemesse et Rendu, on voit que la méthode n'a été appliquée que sur des malades presque mourants ; toutes ces observations ne doivent pas porter atteinte à la méthode des injections térébenthinées.

Nous donnons ici le résultat de dix cas de pneumonie et broncho-pneumonie traités par les abcès de fixation ; sur ce nombre nous avons six guérisons et quatre insuccès ; ce qui est très satisfaisant, étant donné l'état général dans lequel se trouvaient les malades au moment où M. le professeur Pic s'est décidé à appli-

quer la méthode de Fochier. Nos résultats viennent confirmer ceux publiés antérieurement par M. le professeur Lemoine, et par M. le professeur Arnozan dans la thèse de M. le D^r Carles, 1902 ; ils n'ont donc d'autre valeur que d'ajouter de nouveaux cas heureux aux statistiques antérieures.

En réunissant ces dernières qui ne portent que sur des malades considérés comme perdus, à ceux que nous publions dans ce travail, nous avons pu dresser le tableau suivant :

AUTEURS	CAS TRAITÉS	SUCCÈS	INSUCCÈS	POUR 100 DE GUÉRISON
Dieulafoy	1	1	»	»
Lépine	1	1	»	»
Bard	1	1	»	»
Gingeot	1	1	»	»
Raoul	1		»	»
Chantemesse	7	»	7	»
Deny				
Rendu				
Olivier	1		»	100
Spillmann	5		3	40
Grenell				
Chrétien				
Duffner				
Mossé	2	»	2	»
Franc	3	1	2	33
Revilliod	2	2	»	»
Bermann	2	2	»	»
Mercandino	1	1	»	»
Branthome	2	2	»	»
Duvergey	1	1	»	»
Lemoine	9	6	3	66
Arnozan	21	13	8	60
Carles				
Dairaux	4	3	1	75
Pic	10	6	4	60
Total	78	45	33	57

Cette statistique portant sur 78 cas désespérés, donne 57 pour 100 de succès. Elle suffit sans autre commentaire pour démontrer la haute valeur des abcès de fixation.

Il serait injuste de mettre sur le compte de la médication térébenthinée tous les cas d'insuccès. Ainsi les trois malades de M. Rendu étaient déjà dans le collapsus, à l'état asphyxique et ont succombé quelques heures après l'injection de térébenthine. Les malades de M. Mossé se trouvaient dans le même état. L'insuccès de M. Chantemesse ne doit pas nous décourager, puisque nous connaissons toute la gravité des affections broncho-pulmonaires chez les vieillards. On peut donc considérer la méthode de Fochier comme efficace dans certains cas et capable de sauver quelques vies humaines.

CHAPITRE IV

THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Toutes les observations parues jusqu'aujourd'hui permettent d'établir à l'heure actuelle les résultats souvent très remarquables de la méthode de Fochier, mais on est toujours au même point, sur son mode d'action exacte.

Nous nous contentons d'énumérer les principales théories émises à ce sujet, le professeur Fochier expliquait cette action par la théorie de la fixation ; Chantemesse émet l'hypothèse d'une augmentation de la leucocytose due à la pyogénèse artificielle ; Mercandino et Pinna pensent, que dans l'abcès ou tout autour de lui, se forment des substances solubles, lesquelles, absorbées à leur tour détruisent les microbes ou leurs poisons.

Dans sa première communication, le professeur Fochier disait : « La fixation appelle et immobilise les éléments nocifs qui sont en circulation dans le sang. Les principes morbides sont attirés, puis fixés, en un point. Une fois soustraites ainsi à l'organisme, les manifestations ultérieures de la maladie ne peuvent plus se produire. Dans le cas où elle agit comme révol-

sif, on pourrait dire, qu'elle irrite dans un sens utile et par voie réflexe les vaso-moteurs de l'organe malade, mais on pourrait dire aussi qu'elle appelle et fixe les éléments nocifs qui circulent dans la zone irriguée par les mêmes vaisseaux que ceux qui se rendent à l'abcès. Par exemple, dans une arthrite d'épaule, une fixation pratiquée au niveau de l'empreinte deltoïdienne peut très bien attirer à elle les éléments nocifs qui y sont déposés, et, comme il pensait que l'abcès qu'il conseille de provoquer agit de cette façon, il lui a donné le nom d'abcès de fixation ».

M. le professeur Dieulafoy admet que les abcès de fixation agissent par révulsion et par dérivation : « Que ces abcès provoqués dans un but thérapeutique soient dénommés abcès de fixation, comme les appelle Fochier, ou abcès de dérivation, qualification que je serais plutôt tenté de leur donner, peu importe ; ce qui importe, c'est le résultat thérapeutique. »

D'après Raynaud, c'est affaire de révulsion, de dérivation, d'action substitutive. L'abcès de fixation, en provoquant la douleur, réveille l'énergie de tout le système nerveux et augmente de la sorte les fonctions des organes indispensables à la vie.

D'un autre côté, la production d'une congestion périphérique diminue peut-être par action réflexe les congestions morbides centrales.

Au cours de la pneumonie, l'afflux brusque au niveau du poumon de lésions de leucocytes crée un véritable danger. L'abcès de fixation suspendant cet afflux aurait donc un grand avantage.

Chantemesse repousse le mode d'action curative par fixation. Les analogies, dit-il, entre les abcès favorables et les abcès provoqués par les injections térébenthinées sont plus apparentes que réelles. Tandis que les premiers sont des collections où foisonnent les germes pathogènes, les seconds ne renferment que des leucocytes plus ou moins dégénérés et sont totalement privés de microbes. La dénomination d'abcès critiques convient aux premiers, mais le nom d'abcès de fixation ne peut appartenir aux seconds.

En repoussant la théorie de la fixation, Chantemesse émet l'hypothèse d'une augmentation de la leucocytose due à la pyogénèse artificielle : « Dans la lutte indécise entre l'organisme et l'élément microbien, augmenter le nombre des leucocytes du sang, c'est amener de nouveaux combattants sur le champ de bataille pour détruire les microbes. L'ennemi, d'abord victorieux, est écrasé par les phagocytes. »

Chantemesse avait appliqué la méthode sur 8 pneumoniques âgés de soixante-sept à quatre-vingt-sept ans et chez tous ces malades, sauf chez un, les injections térébenthinées n'ont produit aucune réaction locale. On a objecté que ceux qui guérissent sont dans la force de l'âge, tandis que les vieillards meurent; or, le traitement, pour avoir de la valeur, devrait faire ses preuves chez les uns comme chez les autres.

Mais, d'après les observations de Chantemesse et Rendu, on voit que les injections térébenthinées ont été faites au moment de l'agonie dans quatre cas, alors que l'abcès n'a pas eu le temps de se former où l'orga-

nisme était vaincu. On ne doit donc pas s'étonner de ces déplorables résultats.

Chantemesse et Marie ont examiné le pus des abcès de fixation chez tous leurs malades traités par les injections térébenthinées et ont trouvé la diminution des globules blancs. Dès lors, Chantemesse se déclara adversaire de la méthode.

M. le professeur Fabre a pu obtenir d'excellents résultats des injections intra-utérines et des injections sous-cutanées d'eau térébenthinée dans certains cas d'infections puerpérales à streptocoques. La dilution d'1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans 200 grammes de sérum artificiel lui a permis d'éviter la suppuration et d'utiliser seulement les propriétés stimulantes et antiseptiques de la térébenthine. En quelques heures, une seule injection ou bien après trois ou quatre injections successives, selon la gravité des cas, il a pu obtenir une défervescence complète chez une quinzaine de femmes infectées par le streptocoque.

Le pouvoir antimicrobien et antistreptococcique en particulier de l'essence de térébenthine ne saurait donc faire de doute, mais il ne suffit pas à expliquer les bons effets des abcès de fixation et leur mode d'action est certainement plus complexe.

D'après Revilliod, les abcès de fixation constituent en même temps de véritables abcès de dépuration.

Il ne s'agit point là d'une simple théorie ; c'est, en effet, une loi générale en pathologie que toute lésion locale spontanée ou artificielle constitue une voie d'appel où affluent les leucocytes. Ils y accourent

chargés des corps inertes, de médicaments ou de microbes, si bien qu'un abcès provoqué peut être considéré comme réalisant une véritable saignée leucocytaire. Celle-ci permet à l'organisme de se débarrasser d'une foule de poisons de toute espèce absorbés par les globules blancs. De plus, ceux-ci, en s'accumulant dans le foyer purulent, débarrassent tous les viscères et tous les points de l'organisme en état de moindre résistance, où ils ont une tendance naturelle à se réunir. De cette agglomération peuvent résulter des inflammations chroniques, des dégénérescences ou même la formation de collections purulentes. L'établissement d'un ou de plusieurs abcès de fixation permet de prévenir leur production.

L'abcès de fixation semble donc constituer une sorte d'organe d'élimination temporaire de dépuration et de dérivation.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès de fixation suivant la méthode de Fochier sont indiqués dans tous les cas de pneumonie ou brouchopneumonie graves, que la gravité tienne au terrain — maladie antérieure, alcoolisme — au passage du pneumocoque dans le sang, septicémie pneumococcique, ou à l'âge du malade.

II. — On les pratique en injectant sous la peau du ventre un centimètre cube d'essence de térébenthine stérilisée. On peut renouveler l'abcès si l'état général le nécessite.

III. — L'injection doit se faire dès qu'on soupçonne la gravité de la maladie; on ne devra pas attendre que l'état général soit désespéré.

IV. — Les contre-indications sont : le jeune âge, le diabète, la tuberculose et l'anasarque.

V. — La statistique des observations publiées donne

un pourcentage de 57 pour 100 de guérisons, ce qui est un beau résultat si l'on songe que la méthode n'est employée que dans les cas très graves.

VI. — L'étude critique de plusieurs de nos observations est encore plus démonstrative de la valeur de la méthode que n'importe quelle statistique.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. PIC.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 juillet 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN, Abscès de fixation (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1901).
- Quelques remarques nouvelles sur les abcès de fixation (*Province médicale*, 1905-1906).
- BALL, Abscès de fixation chez le cheval (*Bulletin de la Société chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*, 1901).
- BARD, Sur un cas de pneumonie traitée par la méthode des abcès de fixation (*Lyon médical*, 17 avril 1892).
- BAUER, *Virchow's Archiv.*, 1899.
- BERMANN, Thèse de Paris, 1893.
- BRANTHOMÉ, Abscès de fixation dans la pneumonie (*Revue de médecine*, 1896).
- CAMPANA (Mlle) et CODET-BOINE, Abscès de fixation chez les enfants (*Semaine médicale*, 1904).
- CARLES, des Abscès de fixation (thèse de Bordeaux, 1902-1903).
- CHAMBERLEND, les Essences au point de vue de leurs propriétés antiseptiques (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1888).
- CHANTEMESSE et MARIE, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892.
- CHÉRON, Traitement de l'infection puerpérale par abcès de fixation (*Bulletin de la Société obs. de France*, 1902).
- DIEULAFOY, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892.
- DUVERGEY, Broncho-pneumonie grave et abcès de fixation (*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1901).
- ELOY, la Pyogénèse artificielle et le traitement des maladies infectieuses (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1892).
- FABRE, Traitement prophylactique et curatif de l'infection puerpérale à streptocoque par l'essence de térébenthine (*Lyon médical*, 1905).

- FOCHIER, Traitement des infections pyogènes généralisées (*Lyon médical*, 1891 ; *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1891 ; *Lyon médical*, 1892 ; *Lyon médical*, 1892 ; *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892).
- FRANC, Traitement de la pneumonie purulente par les injections térébenthinées (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1892).
- GUIGEOT, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892.
- GUILLOMONT, Thèse de Nancy, 1893.
- GRAWITZ, Contribution à la théorie de la suppuration (*Pathol. Anat., Physiol.*, 1889).
- JAQUES, Thèse de Bordeaux, 1896.
- LÉPINE, *Semaine médicale*, 1892.
- MANQUAT, *Thérapeutique*, 5^e édit.
- MERCANDINO, *Gaz. fed. di Torino*, 1892.
- MOSSE, du Traitement de la pneumonie par les injections d'essence de térébenthine (*Midi médical*, 1892).
- NETTER, des Altérations locales qui peuvent succéder à l'injection de substances irritantes dans le tissu cellulaire des pneumoniques (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1892).
- OLIVIER, Sur un cas de pneumonie traitée par les injections térébenthinées (*Normandie médicale* et *Bulletin de la Société de médecine de Rouen*, 1892).
- RAOUL, Pneumonie et abcès de fixation (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1892).
- PIC et BONNAMOUR, Formes cliniques de la septicémie pneumococcique (*Archives générales de médecine*, octobre 1908).
- REVILLIOD, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1892.
- RENDU, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1892.
- SPILLMANN, Traitement des pneumonies graves par l'essence de térébenthine (*Revue médicale de l'Est*, 1892).
- STRAUSS, Rôle des microorganismes dans la production des suppurations (*Société de biologie*, 1880).
- THIERRY, *Normandie médicale*, 1892.
- TRIFON, Thèse de Lyon, 1899-1900.
- VOITURIER, Thèse de Lyon, 1909.

